Deutscher Bundestag
13. Wahlperiode

Drucksache 13/4458

24. 04. 96

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Wolfgang Wodarg, Klaus Barthel, Lilo Blunck, Edelgard Bulmahn, Ursula Burchardt, Hans Büttner (Ingolstadt), Christel Deichmann, Dr. Marliese Dobberthien, Peter Dreßen, Gabriele Fograscher, Dagmar Freitag, Monika Ganseforth, Norbert Gansel, Günter Gloser, Dieter Grasedieck, Hans-Joachim Hacker, Uwe Hiksch, Reinhold Hiller (Lübeck), Renate Jäger, Dr. Hans-Hinrich Knaape, Horst Kubatschka, Eckart Kuhlwein, Brigitte Lange, Waltraud Lehn, Robert Leidinger, Dr. Christine Lucyga, Ulrike Mascher, Ulrike Mehl, Manfred Opel, Gudrun Schaich-Walch, Bernd Scheelen, Horst Schmidbauer (Nürnberg), Regina Schmidt-Zadel, Walter Schöler, Dr. R. Werner Schuster, Dr. Angelica Schwall-Düren, Erika Simm, Dr. Cornelie Sonntag-Wolgast, Jörg-Otto Spiller, Antje-Marie Steen, Jella Teuchner, Uta Titze-Stecher, Franz Thönnes, Matthias Weisheit, Heidemarie Wright
— Drucksache 13/4197 —

Arbeits-, Aus- und Weiterbildungssituation im Krankenhaus

Nach dem Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1993 haben sich die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser wesentlich geändert. Die Kliniken bereiten sich auf einen härter werdenden Wettbewerb vor und versuchen dabei, u. a. ihre Personalkosten zu minimieren. Bemühungen der Krankenhausträger um eine gute Marktposition können deshalb schon kurzfristig zu unterschiedlichsten Reaktionen auch in der Personalstruktur der Häuser führen.

Die ab 1996 zusätzlich geplanten Maßnahmen der Kostenbegrenzung an Krankenhäusern werden voraussichtlich ebenso wie die Anwendung des ab dem 1. Januar 1996 in Kliniken geltenden Arbeitszeitgesetzes Auswirkungen auf die dortige Ausbildungs- und Arbeitssituation haben. Arbeitsplätze mit guten Rahmenbedingungen bestimmen wesentlich die Qualität stationärer Dienstleistungen für Patientinnen und Patienten.

Vor dem Hintergrund einer wirksamen Budgetierung des Krankenhauswesens, der geplanten Aussetzung der Pflegepersonalregelung, der gegenwärtig diskutierten Neuordnung des Medizinstudiums und der seit dem 1. Januar 1996 geltenden Arbeitszeitregelung fragen wir deshalb die Bundesregierung:

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 23. April 1996 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

A. Ärztliche Aus- und Weiterbildung

1. Wie hat sich der Anteil der Studienabsolventinnen und Studienabsolventen der Humanmedizin in den letzten zehn Jahren entwickelt, die
   a) keine Weiterbildung begonnen haben,
   b) eine solche mit dem Erwerb einer Gebietsbezeichnung abgeschlossen haben oder
   c) eine Gebietsbezeichnung nicht erworben haben?

Die Kompetenz für Fragen der ärztlichen Weiterbildung liegt nach der verfassungsrechtlichen Zuordnung ausschließlich bei den Ländern. Der Bundesregierung liegen keine Zahlenangaben darüber vor, wie viele Studienabsolventinnen und Studienabsolventen der Humanmedizin eine Weiterbildung begonnen und abgeschlossen haben oder keine Gebietsbezeichnung erworben haben. Auch über die Bundesärztekammer waren diese Daten nicht zu erhalten.

2. Ist der Bundesregierung eine Differenz zwischen den jeweiligen Pflichtzeiten laut Weiterbildungsordnung der Ärztekammer und tatsächlich benötigter Zeit bekannt?
   Wenn ja, wie groß ist sie für
   a) Ärztinnen und
   b) Ärzte,
   und welche Maßnahmen sind nach Auffassung der Bundesregierung geeignet, um diese Differenz zu verringern?

Der Bundesregierung liegen keine Daten hinsichtlich der tatsächlichen Weiterbildungszeit im Vergleich zu den Mindestweiterbildungszeiten nach den Weiterbildungsordnungen der Länder vor.

3. Welche Ziele verfolgt die Bundesregierung bezüglich Struktur und Dauer der ärztlichen Weiterbildung, und welche institutionellen und rechtlichen Rahmenbedingungen hält sie in diesem Zusammenhang für erforderlich?

Aufgrund der verfassungsrechtlichen Zuständigkeit der Länder für die ärztliche Weiterbildung verfolgt die Bundesregierung weder Ziele bezüglich der Struktur und Dauer der ärztlichen Weiterbildung, noch hat sie Einfluß auf die entsprechenden landesrechtlichen Regelungen.

4. Was will die Bundesregierung angesichts des verstärkten finanziellen Drucks auf die Krankenhäuser unternehmen, damit die Qualität der ärztlichen Aus- und Weiterbildung vor dem Hintergrund, daß auch im Krankenhaus möglichst erfahrene Ärztinnen und Ärzte bei der Behandlung eingesetzt werden und diese außerdem Zeit für eine fachlich hochwertige Aus- und Weiterbildung des beruflichen Nachwuchses haben sollen, nicht personalwirtschaftlichen Zwängen geopfert wird?

Soweit die ärztliche Ausbildung angesprochen ist, bereitet die Bundesregierung eine Reform vor, die zu einer Verbesserung des Studiums durch

- Verzahnung von Vorklinik und Klinik,
- Verbesserung des Unterrichts, insbesondere durch fächerübergreifende Vermittlung und neue Lehrformen,
- Veränderung des Prüfungswesens mit stärkerer Mitgestaltung der Hochschulen und Einführung neuer Prüfungselemente,
- Vergrößerung des Gestaltungsspielraums der Hochschulen, u. a. durch Einführung von Wahlpflichtbereichen,
- Ermöglichung von Modellversuchen zur Erprobung künftiger Reformschritte

führt.

5. Welche Auswirkungen werden nach Ansicht der Bundesregierung die von ihr vorgeschlagenen persönlichen Ermächtigungen von Oberärztinnen und Oberärzten der Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung bezüglich ihrer Aus- und Weiterbildungsfunktion haben?

Die Auswirkungen der von der Bundesregierung vorgeschlagenen Änderung können heute noch nicht beurteilt werden, da der Katalog der Leistungen, die von diesen Oberärztinnen und Oberärzten erbracht werden sollen, von der Selbstverwaltung noch zu erarbeiten und zu vereinbaren ist.

6. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung angesichts zunehmender ärztlicher Arbeitslosenzahlen und – im Vergleich zu den Hausärzten – stark wachsender Facharztzahlen, um zu gewährleisten, daß die Zahl der aus- und weitergebildeten Ärztinnen und Ärzte dem Bedarf entspricht?

Aus verfassungsrechtlichen Gründen ist es der Bundesregierung nicht möglich, die Zahl der aus- und weitergebildeten Ärztinnen und Ärzte – etwa durch die Reduzierung der Zahl der Ausbildungsplätze im Bereich der Humanmedizin – nach Bedarfsgesichtspunkten zu steuern.

7. Wie hoch ist der Anteil der ärztlichen Langzeitarbeitsplätze in deutschen Krankenhäusern, und wie stellen sich diese Zahlen im internationalen Vergleich dar?

   Was will die Bundesregierung unternehmen, damit mehr Langzeitstellen für Gebietsärztinnen und Gebietsärzte an Krankenhäusern geschaffen werden?

Statistiken über ärztliche Langzeit- bzw. Kurzzeitarbeitsplätze in deutschen Krankenhäusern liegen nicht vor; die Krankenhausstatistik weist lediglich die Anzahl von in Krankenhäusern beschäftigten Ärzten aus, gegliedert in hauptamtlich und nichthauptamtlich beschäftigte sowie teilzeit- und vollzeitbeschäftigte Ärzte. Danach ergibt sich folgendes: 1994 waren in deutschen

Krankenhäusern insgesamt 100 919 Ärzte hauptamtlich beschäftigt. Davon waren wiederum 4 865 teilzeitbeschäftigt, so daß sich eine Anzahl von 96 054 Ärzten ergibt, die in Vollzeit am Krankenhaus beschäftigt waren. Internationale Vergleichszahlen liegen der Bundesregierung nicht vor. Die personelle Ausstattung von Krankenhäusern auch im ärztlichen Bereich ist das Ergebnis von Budgetverhandlungen; insofern hat die Bundesregierung keinen Einfluß auf die Schaffung zusätzlicher Langzeitstellen für Gebietsärztinnen und Gebietsärzte.

8. Wie müßten die bestehenden Versorgungsstrukturen nach Ansicht der Bundesregierung verändert werden, um eine bedarfsgerechte ärztliche Weiterbildung für

   a) Gebietsärztinnen und -ärzte,

   b) Hausärztinnen und -ärzte

   sicherzustellen, und welche Regelungen auf Bundesebene hält die Bundesregierung in diesem Zusammenhang für erforderlich?

Nach den der Bundesregierung vorliegenden Erkenntnissen ist die ärztliche Weiterbildung, sofern sie im ambulanten Bereich erfolgt, im wesentlichen sichergestellt. Engpässe gibt es im Bereich der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, der neben den hausärztlich tätigen Internisten, den Kinderärzten und den Ärzten ohne Gebietsbezeichnung die hausärztliche Versorgung gewährleistet. Offenbar sind zu wenige niedergelassene Allgemeinmediziner bereit, Weiterbildungsplätze zur Verfügung zu stellen. Dies wird darauf zurückgeführt, daß die Finanzierung dieser Weiterbildungsstellen Probleme bereitet. Um hier Verbesserungen zu erreichen, werden derzeit Lösungsmöglichkeiten im Bundesministerium für Gesundheit geprüft, die im Rahmen der Beratungen zur dritten Reformstufe im Gesundheitswesen erörtert werden sollen.

B. Pflegerische Aus- und Weiterbildung

9. Wie hat sich in den letzten zehn Jahren die Zahl der weiblichen und der männlichen Absolventinnen und Absolventen einer Krankenpflegeausbildung entwickelt, und wie hoch war dabei der Anteil ausländischer Pflegekräfte?

Statistisches Zahlenmaterial über die Entwicklung von Absolventen der Krankenpflegeausbildungen ist der beiliegenden Übersicht des Statistischen Bundesamtes aus der Fachserie 11, Bildung und Kultur, Reihe 2 Berufliche Schulen, Anhang Tabelle 7, 1994, zu entnehmen (Anlage 1). Über den Anteil ausländischer Pflegekräfte ist der Bundesregierung nichts bekannt.

10. Wie hat sich in den letzten zehn Jahren der Anteil der examinierten Pflegekräfte entwickelt, die unverzüglich nach absolvierter Ausbildung einen Arbeitsplatz

    a) im Krankenhaus,

    b) in der ambulanten Pflege,

    c) in sonstigen Gesundheitseinrichtungen

    fanden?

Die Zahl der examinierten Pflegekräfte hat in der Zeit von 1982 bis 1993 (letzte verfügbare Daten) stark zugenommen. Die Zahl der Krankenschwestern, -pfleger und Hebammen hat in diesem Zeitraum von 383 700 auf 562 200 und die Zahl der Helfer in der Krankenpflege von 74 000 auf 115 500 zugenommen.

Statistische Daten, wie viele der examinierten Pflegekräfte unverzüglich nach absolvierter Ausbildung einen Arbeitsplatz im Krankenhaus, in der ambulanten Pflege oder in sonstigen Gesundheitseinrichtungen fanden, sind nicht verfügbar.

11. Wie haben sich die Zahlen für arbeitslose Krankenpflegekräfte der unterschiedlichen Qualifikations- und Fachgruppen (Pflegehilfe, Pflege, diverse Fachpflege) in den letzten zehn Jahren entwickelt
    a) für männliche Pflegekräfte,
    b) für weibliche Pflegekräfte?

Während die Zahl der arbeitslosen Pflegefachkräfte 1995 deutlich niedriger lag als 1983, ist die Zahl der arbeitslosen Helfer in der Krankenpflege seit 1983 bis 1995 stetig gestiegen. Eine Spezifizierung nach dem Geschlecht liegt nicht vor.

Einzelheiten ergeben sich aus der nachfolgenden Übersicht:

Jahr*)	Pflegefachkräfte	Helfer in der Krankenpflege
1983	12 406	11 784
1985	15 767	12 055
1993	9 702	12 307
1994	8 810	13 627
1995	9 048	14 556

*) Daten der Strukturanalyse: jeweils Ende September.

12. Inwieweit denkt die Bundesregierung daran, der wachsenden Bedeutung des ambulanten Bereichs auch bei der Ausbildung von Pflegekräften gerecht zu werden?
    Wie stellt sich die Bundesregierung in diesem Zusammenhang die Beteiligung der Träger ambulanter Pflegedienste an den Kosten der Aus- und Weiterbildung vor?

Der wachsenden Bedeutung des ambulanten Bereiches tragen das Krankenpflegegesetz von 1985 sowie die auf der Grundlage dieses Gesetzes erlassene Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege von 1985 nach der gegenwärtigen und mittelfristig zu erwartenden Entwicklung hinreichend dadurch Rechnung, daß die ambulante Krankenpflege (sog. Hauskrankenpflege) im theoretischen und praktischen Unterricht sowie in der praktischen Ausbildung ordentliches Ausbildungsfach ist. In der Zukunft bleibt zu prüfen, wie dieser Ausbildungsbereich im Hinblick darauf, daß die bereits zum gegenwärtigen Zeitpunkt mit 4 600 Mindestausbildungsstunden voll

ausgelastete dreijährige Ausbildung kaum weiteren Raum für zusätzliche Fächer und Stunden aufweist, künftig nach Bedarf noch verstärkt werden kann, ohne daß die Ausbildung – notwendigerweise kostenintensiv – verlängert werden müßte.

Die Krankenpflegeausbildung wird über den Pflegesatz finanziert. Wie bei einem stärker wachsenden Anteil der ambulanten Krankenpflege (Hauskrankenpflege) die freien Träger dieses Krankenpflegebereichs an der Finanzierung der Krankenpflegeaus- sowie -weiterbildung mit dem Ergebnis einer entsprechenden Entlastung des Pflegesatzes anteilig zu beteiligen wären, wäre zu gegebener Zeit zu prüfen.

Für den Bereich der Pflegeversicherung gibt es keine bundeseinheitlichen Ausbildungsregelungen; die Frage der Beteiligung von Trägern ambulanter Pflegedienste an den Kosten der Aus- und Weiterbildung könnte nur in einer bundeseinheitlichen Regelung geklärt werden.

13. Wie viele Krankenpflegekräfte haben nach der Ausbildung eine Weiterbildung in einem speziellen Fachbereich angetreten (z. B. Intensiv-, OP-Pflege, Stationsleitung, Pflegedienstleitung, Pflege-Lehrkraft o. ä.)?

Für die jeweils auf der dreijährigen Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz (Grundausbildung) aufbauenden Weiterbildungsgänge sind nach der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern ausschließlich die Länder zuständig. So haben eine Reihe von Ländern bestimmte Weiterbildungsgänge wie Unterrichtsschwester/-pfleger, Krankenpflegelehrerin/-lehrer, Operationsschwester/-pfleger, Intensivschwester/-pfleger, Pflegedienstleiterin/-leiter, ferner auf den Gebieten der Anästhesie, Psychiatrie, Nephrologie sowie der Krankenhaushygiene durch eigene Weiterbildungsgesetze oder auf andere Weise geregelt. Soweit dies in einigen Ländern noch nicht der Fall ist, werden die Weiterbildungsgänge von den Berufsverbänden und Gewerkschaften oder der DKG in ihren Weiterbildungsempfehlungen gestaltet. Vermehrt werden Weiterbildungsgänge inzwischen auch durch Satzungen der Fachhochschulen oder vereinzelt der Universitäten geregelt (Krankenpflegelehrerin/-lehrer), Krankenhausmanagement, Pflegewissenschaft).

Die Weiterbildungsregelungen in den Bundesländern ergeben sich aus der Übersicht in Anlage 2.

Wie viele Krankenschwestern und Krankenpfleger solche Weiterbildungsgänge anteilmäßig antreten, hängt vom Bedarf der gesundheitlichen Einrichtungen ab, über die die Weiterbildungsgänge häufig auch finanziert werden. Einzelheiten und Zahlen sind der Bundesregierung mangels statistischer Unterlagen nicht bekannt.

14. In welchen Krankenhausbereichen ist nach Ansicht der Bundesregierung eine Weiterbildung für das Krankenpflegepersonal erforderlich?

Die in der Antwort zu Frage 13 aufgeführten wichtigsten Weiterbildungsgänge decken im wesentlichen den Bedarf an weitergebildeten Krankenpflegepersonen im stationären Bereich ab. Aus der Sicht der Bundesregierung sollte in den Ländern darauf geachtet werden, daß eine weitere Aufsplittung der Krankenpflege durch ein Ausufern der verschiedenen Weiterbildungen vermieden wird. Anderenfalls besteht die Gefahr, daß die Weiterbildung in einen sog. Sackgassenberuf führt, der durch die einmal gewählte Spezialisierung andere Tätigkeiten nur noch schwer zuläßt. Im Interesse der Stärkung des Berufs der Krankenschwester/des Krankenpflegers sollen diese Folgen vermieden werden.

15. Wie viele pflegebezogene Studiengänge an Fachhochschulen oder Universitäten wurden bisher in der Bundesrepublik Deutschland eingerichtet, und wo werden nach Kenntnis der Bundesregierung die Absolventen dieser Studiengänge tätig?

Die Regelung des Zugangs zu den ärztlichen und anderen Heilberufen fällt nach Artikel 74 Nr. 19 des Grundgesetzes in die konkurrierende Zuständigkeit des Bundes. Von dieser Kompetenz hat der Bund durch Erlaß des geltenden Krankenpflegegesetzes von 1985 auf der Grundlage einschlägiger Richtlinien und Qualitätsnormen der EU sowie des Europäischen Krankenpflegeübereinkommens Gebrauch gemacht. Dagegen fallen Status und Systematik der Weiterbildungsqualifizierungen in die ausschließliche Zuständigkeit der Länder (vgl. Antwort zu den Fragen 13, 14). An diesen liegt es daher, weiterführende krankenpflegebezogene Studiengänge an Fachhochschulen und Universitäten einzurichten. Diese Entwicklung, die erst seit Beginn der 90er Jahre in nennenswertem Ausmaß in den Ländern eingesetzt hat, ist derzeit noch völlig im Fluß. Nach dem gegenwärtigen Kenntnisstand der Bundesregierung bestehen z. Z. in den Ländern die in Anlage 3 aufgeführten Weiterbildungsgänge an Hochschulen und Universitäten.

Es liegt nahe, daß die Absolventen dieser Weiterbildungseinrichtungen vornehmlich auch den beruflichen Einsatz in den von ihnen absolvierten Fachbereichen suchen. Nähere Informationen hierzu liegen der Bundesregierung nicht vor, zumal erst wenige Personen die Studiengänge bisher abgeschlossen haben dürften. Erfahrungen über die Akzeptanz der Absolventen bei den potentiellen Arbeitgebern dürften erst in einigen Jahren vorliegen.

16. Was will die Bundesregierung unternehmen, um die Finanzierung der Weiterbildungsstätten in Zukunft zu sichern?

Da die Weiterbildung in der Krankenpflege in die ausschließliche legislative Zuständigkeit der Länder fällt, ist es grundsätzlich Sache der Länder, dafür zu sorgen, daß die Finanzierung der Weiterbildung sichergestellt ist. Soweit das Land Träger von Weiterbildungseinrichtungen ist (Fachschulen, Fachhochschulen, Universitäten), trägt es die Kosten seiner Weiterbildungsein-

richtungen. In anderen Fällen werden diese von den sonstigen (frei-gemeinnützigen) Trägern selbst oder ganz oder teilweise über die Weiterbildungsentgelte der Weiterzubildenden aufgebracht. Hieraus folgt, daß die Bundesregierung nach dem bundesstaatlichen Prinzip für die Finanzierung der Weiterbildungseinrichtungen keine Regelungskompetenz besitzt.

Nach § 7 Abs. 1 Nr. 5 der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 sind die Kosten der Weiterbildung der Beschäftigten des Krankenhauses allerdings pflegesatzfähig, soweit sie betriebsnotwendig sind. Das Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996 tangiert die Pflegesatzfähigkeit der Weiterbildungskosten nicht. Auch der Entwurf eines Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes 1997 der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. sieht keine Verschlechterung in der Finanzierung der betriebsnotwendigen Weiterbildung der Beschäftigten des Krankenhauses vor.

17. Wie hoch ist der Anteil

a) der männlichen,

b) der weiblichen

examinierten Pflegekräfte, die im Laufe ihres Berufslebens ein Medizinstudium (ggf. auch andere Studienfächer) begonnen haben?

Über Zahlen von Krankenschwestern/Krankenpflegern mit Hochschulzugangsberechtigung, die im Laufe ihres Berufslebens ein Medizinstudium oder ein anderes Studium abgeleistet haben, liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

18. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung in den letzten zehn Jahren der Anteil der in der Funktionsdiagnostik bzw. im technischen Bereich und im OP-Bereich tätigen Pflegekräfte im Vergleich zu dem im traditionellen Stationsdienst tätigen Pflegepersonal entwickelt?

Der Bundesregierung liegen keine statistischen Unterlagen vor, die Auskunft zu der Frage geben, in welchem Umfang Pflegende im Bereich der Funktionsdiagnostik, im technischen Bereich und im OP-Bereich tätig sind. Es gibt nach der Krankenhausstatistik Zahlen über die in der Funktionsdiagnostik beschäftigten Personen, allerdings nur für die Jahre 1991 bis 1994. Danach waren in der Funktionsdiagnostik 1991 4 466, 1992 4 557, 1993 4 417 und 1994 4 472 Personen beschäftigt. Mit dem Begriff „technischer Bereich" arbeitet die Krankenhausstatistik nicht; im folgenden werden die Personenzahlen für den „medizinisch-technischen Dienst" ausgewiesen. Danach ergibt sich folgendes: 1991 140 551, 1992 143 302, 1993 143 776 und 1994 143 727. Im OP-Bereich waren 1991 28 704, 1992 29 304, 1993 29 610 und 1994 29 762 Personen beschäftigt. Im Pflegedienst (Pflegebereich) waren 1991 389 511, 1992 399 915, 1993 405 848 und 1994 417 272 Personen beschäftigt.

Der Anteil der in der Funktionsdiagnostik, im medizinisch-technischen Dienst und im OP-Bereich Beschäftigten an der Zahl der im Pflegebereich Beschäftigten betrug 1991 44,6 %, 1992 44,3 %, 1993 43,8 % und 1994 42,6 %; das bedeutet, daß der Anteil über die Jahre 1991 bis 1994 nahezu stabil geblieben ist.

19. In welchen Bereichen der Krankenhäuser/Gesundheitseinrichtungen ergeben sich Schwierigkeiten bei der Besetzung offener Stellen?

Aktuelle Daten hinsichtlich der Bereiche Krankenhäuser/Gesundheitseinrichtungen, in denen sich Schwierigkeiten bei der Besetzung offener Stellen ergeben, liegen nicht vor.

20. Wie hat sich in den letzten zehn Jahren nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil solcher Tätigkeiten entwickelt, die als „fachfremd" vom Pflegepersonal auf anderes Krankenhauspersonal verlagert wurden?

    Um welche Tätigkeiten handelt es sich dabei?

    Welche anderen Beschäftigtengruppen haben diese übernommen, und wie beurteilt die Bundesregierung diese Entwicklung in bezug auf die Qualität der im Krankenhaus zu erbringenden Pflege?

Der Bundesregierung liegen keine Angaben darüber vor, wie sich, in welchem Zeitraum auch immer, der Anteil solcher Tätigkeiten entwickelt hat, der als „fachfremd" vom Pflegepersonal auf anderes Krankenhauspersonal verlagert wurde. Zu den „fachfremden" Arbeiten gehören insbesondere Verwaltungsaufgaben, Hol- und Bringdienste, Auf- und Nachbereitung von Betten, Sterilisation und Putzdienste. Neue Dienstleistungsberufe zur Unterstützung der Berufe in der Krankenpflege, wie sie das Krankenpflegegesetz definiert, haben sich nach Kenntnisstand der Bundesregierung nicht gebildet. Soweit Krankenschwestern und Krankenpfleger der allgemeinen Krankenpflege nicht von ausgebildeten Krankenpflegehelferinnen und -helfern in Bereichen der hauswirtschaftlichen und sonstigen Assistenzaufgaben unterstützt werden, werden diese unterstützenden Aufgaben im Bereich der stationären Krankenpflege traditionell überwiegend von eingewiesenem Hilfspersonal erledigt. Insgesamt beurteilt die Bundesregierung die Verlagerung „fachfremder" Aufgaben in bezug auf die Qualität der im Krankenhaus zu erbringenden Pflege positiv, weil sie die in der Pflege Tätigen in die Lage versetzt, sich auf ihre pflegerischen Aufgaben zu konzentrieren.

21. Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus den dargestellten Sachverhalten für

    a) die Neugestaltung der Krankenpflegeausbildung,

    b) die Schaffung und finanzielle Sicherung von Weiterbildungsstätten,

    c) die gesetzliche bzw. vertragliche Sicherung qualitativ und quantitativ ausreichender Aus- und Weiterbildungskapazitäten für Krankenpflege an Einrichtungen des Gesundheitswesens?

Zu a)

Die Krankenpflegeausbildung nach dem Krankenpflegegesetz vom 4. Juni 1985, zuletzt geändert durch Gesetz vom 27. April 1993 (BGBl. I S. 512), beruht auf den einschlägigen Richtlinien der Europäischen Union sowie internationaler Krankenpflegeübereinkommen und entspricht daher den allgemeinen Qualitätsstandards der Europäischen Union unter Einschluß der EFTA-Staaten (Europäischer Wirtschaftsraum). Deutsche Krankenschwestern, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger genießen daher wie die Hebammen (Hebammengesetz vom 4. Juni 1985, zuletzt geändert durch Gesetz vom 27. April 1993 – BGBl. I S. 512) in den betreffenden Mitgliedstaaten Anerkennung und Freizügigkeit. Die Frage der Neugestaltung der Ausbildung stellt sich daher derzeit nicht, da sich das Gesetz insgesamt bewährt hat.

Zu b)

Hierzu wird auf die Antwort zu Frage 16 verwiesen.

Zu c)

Die Krankenpflegeschulen, die sich kraft Krankenpflegegesetz an Krankenhäusern befinden (§ 5 Abs. 1 KrPflG), sind aufgrund des Krankenhausfinanzierungsgesetzes finanziell qualitativ wie quantitativ hinreichend gesichert.

Hinsichtlich der qualitativen wie quantitativen Sicherung von Weiterbildungseinrichtungen wird auf die Antwort zu Frage 16 verwiesen.

C. *Berufsübergreifende Steuerungs- und Finanzierungsfragen*

22. Inwiefern plant die Bundesregierung, die aus ihrem Gesetzgebungsverfahren zur Krankenhausreform resultierenden Auswirkungen bezüglich der Qualität von Aus- und Weiterbildung für den ärztlichen und den pflegerischen Bereich zu erfassen, und welche konkreten Indikatoren wird sie dabei beachten?

Nach Auffassung der Bundesregierung wird das Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996 keine negativen Auswirkungen auf die Qualität der Aus- und Weiterbildung im ärztlichen und pflegerischen Bereich haben. Entsprechendes gilt im Falle der Verabschiedung des Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997. Eine spezielle Begleitforschung ist nicht vorgesehen. Unabhängig davon wird die Bundesregierung die Umsetzung aller neuen krankenhausrelevanten Vorschriften aufmerksam beobachten.

23. Wie hoch ist im Krankenhaus, aufgeschlüsselt nach unterschiedlichen Versorgungsstufen, der durch die private Krankenversicherung getragene Anteil der stationären Leistungen im Vergleich zu dem von der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten?

    Wie schätzt die Bundesregierung die zukünftige Entwicklung ein?

Nach unterschiedlichen Versorgungsstufen differenzierende Zahlen liegen der Bundesregierung nicht vor. Im Jahr 1994 wurden nach den Angaben im Zahlenbericht des Verbandes der privaten Krankenversicherung 2,823 Mrd. DM (alte und neue Bundesländer) für allgemeine Krankenhausleistungen (ohne Wahlleistungen wie wahlärztliche Leistungen oder Zuschläge für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer) von privaten Krankenversicherungsunternehmen an ihre Versicherten gezahlt. Die gesetzliche Krankenversicherung hat im Jahr 1994 74,545 Mrd. DM (alte und neue Bundesländer) für die Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten aufgewandt. Der Anteil der privaten Krankenversicherung liegt danach bei ca. 3,65 %. Dieser Anteil ist bis auf geringe Schwankungen auch in den Jahren vor 1994 relativ konstant geblieben. Darüber hinaus läßt das vorliegende Datenmaterial keine sicheren Aussagen über die zukünftige Entwicklung zu.

24. Welchen Anteil der finanziellen Last für Aus- und Weiterbildung tragen nach Einschätzung der Bundesregierung zur Zeit
    a) die gesetzlichen Krankenkassen und deren Versicherte,
    b) die privaten Krankenkassen und deren Versicherte,
    c) die „öffentliche Hand",
    d) die Aus- und Weitergebildeten selbst,
    e) sonstige?

Diese Frage differenziert nicht nach Aus- und Weiterbildung und bezieht sich darüber hinaus auf alle im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen. Dazu liegen der Bundesregierung keinerlei Statistiken vor. Die offizielle Krankenhausstatistik weist lediglich die Kosten der Ausbildungsstätten aus; sie betrugen in den Jahren 1991 539 629 000 DM, 1992 599 513 000 DM und 1993 620 954 000 DM. Eine Zuordnung dieser Kosten zu den einzelnen Kostenträgern ist nicht möglich.

Die Aufwendungen für Forschung und Lehre werden im übrigen durch die Länder finanziert.

Zur Erfüllung der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau werden die Aufwendungen je zur Hälfte durch den Bund und die Länder getragen. Dies gilt auch insoweit, als derartige Aufwendungen mittelbar der Aus- und Weiterbildung der Ärzte zugute kommen.

Im Bereich der Ausbildung fallen für die Medizinstudenten und die Krankenpflegeschülerinnen und -schüler keine Kosten an. Nach § 16 Abs. 1 des Krankenpflegegesetzes hat vielmehr der Träger der Ausbildung den Schülerinnen und Schülern eine Ausbildungsvergütung zu gewähren, deren Höhe tarifvertraglich festgelegt ist. Die Finanzierung der Ausbildung erfolgt über den Pflegesatz.

Über die Höhe der Weiterbildungskosten liegen der Bundesregierung keine konkreten Zahlen vor. Weiterbildung in der Krankenpflege wird in der Regel von den Weiterzubildenden selbst finanziert. Die Finanzierung der Weiterbildung kann jedoch auch vom Arbeitgeber übernommen werden, wenn der Weiter-

zubildende sich im Gegenzug verpflichtet, im Anschluß an die Weiterbildung eine bestimmte Zeit im Betrieb zu verweilen. Zuschüsse sind ferner aufgrund des Gesetzes zur Förderung der beruflichen Aufstiegsfortbildung (AFBG) möglich, das rückwirkend zum 1. Januar 1996 in Kraft treten soll.

25. Welchen Beitrag sollen nach Ansicht der Bundesregierung die in der vorigen Frage genannten Nutzer einer guten ärztlichen und pflegerischen Aus- und Weiterbildung an der Finanzierung leisten?

Nach Auffassung der Bundesregierung sollten die genannten Institutionen sich an der ärztlichen und pflegerischen Aus- und Weiterbildung in dem Umfange beteiligen, wie sie daraus Nutzen ziehen.

26. Was unternimmt die Bundesregierung, um interdisziplinäres Arbeiten an den Krankenhäusern zu fördern?

Denkt sie daran, ähnlich wie in den Niederlanden (Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale Toetsing – CBO), Institutionen zur Beratung der Krankenhäuser vorzusehen, um diese in ihren schwierigen Strukturprozessen zu unterstützen?

Die Bundesregierung beabsichtigt nicht, besondere Institutionen zur Beratung der Krankenhäuser zu schaffen. Diese Aufgabe nehmen insbesondere die Verbände der Krankenhausträger in ausreichender Weise wahr, wie dies auch die Erfahrungen mit der Umsetzung des Gesundheitsstrukturgesetzes gezeigt haben.

D. *Arbeits- und Dienstverträge*

27. Welcher Anteil der Ärztinnen und Ärzte arbeitet aufgrund eines tariflich abgesicherten Arbeits- oder Dienstvertrages im Krankenhaus, und wie hat sich dieser Anteil in den letzten zehn Jahren entwickelt?

Die amtliche Statistik weist nicht aus, inwieweit Ärztinnen und Ärzte aufgrund eines tariflich abgesicherten Arbeits- oder Dienstvertrages im Krankenhaus arbeiten; sie unterscheidet lediglich nach hauptamtlichen Ärzten und nichthauptamtlichen Ärzten. Zahlen in dieser Differenzierung liegen lediglich für die Jahre 1991 bis 1994 vor. Danach ergibt sich folgendes: Im Jahr 1991 waren 98 051, im Jahr 1992 waren 98 186, im Jahr 1993 waren 98 627 und im Jahre 1994 waren 100 919 hauptamtliche Ärzte im Krankenhaus beschäftigt. Da Ärztinnen und Ärzte im Praktikum ebenfalls aufgrund eines rechtlich gesicherten Arbeitsverhältnisses im Krankenhaus tätig sind, werden sie den hauptamtlichen Ärzten hinzugerechnet. 1991 waren 11 021, 1992 12 929, 1993 12 981 und 1994 13 289 Ärztinnen und Ärzte im Praktikum im Krankenhaus beschäftigt. Unter den nichthauptamtlichen Ärzten weist die Statistik Belegärzte und von den Belegärzten angestellte Ärzte aus. Deren Anteil an den hauptamtlichen Ärzten lag in den vergangenen Jahren bei rd. 6 %.

28. Wie hoch war in den letzten zehn Jahren der Anteil von befristeten ärztlichen Dienst- bzw. Arbeitsverträgen, und wie haben sich die Anteile der Verträge mit Laufzeiten von
    a) weniger als sechs Monaten,
    b) zwischen sechs und zwölf Monaten,
    c) zwischen ein und zwei Jahren,
    d) zwischen zwei und fünf Jahren,
    e) über fünf Jahren

    dabei entwickelt?

Angaben über den Anteil von befristeten ärztlichen Dienst- bzw. Arbeitsverträgen und über deren Entwicklung liegen der Bundesregierung nicht vor. Zuverlässige Aussagen zu dieser Frage sind nur möglich durch aufwendige Befragungen von Gewerkschaften und Krankenhausgesellschaften.

29. Auf welcher gesetzlichen und auf welcher vertraglichen Basis werden Gastärzte und Gastärztinnen tätig, und wie hoch war deren Gesamtanzahl in den letzten zehn Jahren?

Gastärztinnen und Gastärzte werden auf privatvertraglicher Basis tätig; Angaben über deren Gesamtzahl liegen der Bundesregierung nicht vor.

30. Wieviel Prozent der in Krankenhäusern beschäftigten Ärztinnen und Ärzte leisten – aufgeschlüsselt nach Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigung – Bereitschaftsdienste und/oder Rufbereitschaft?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine zuverlässigen Angaben vor.

31. Wie unterscheiden sich diese Zahlen für Kliniken in
    a) kommunaler/staatlicher,
    b) freigemeinnütziger oder
    c) privater

    Trägerschaft?

Es wird auf die Antwort zu Frage 30 verwiesen.

E. Arbeitszeiten und Belastung

32. Wie wirkt sich § 26 des Arbeitszeitgesetzes auf den Stellenbedarf im Krankenhaus seit 1. Januar 1996 nach Meinung der Bundesregierung
    a) für den ärztlichen,
    b) für den pflegerischen

    Bereich aus?

Von § 26 des Arbeitszeitgesetzes können Wirkungen auf den Stellenbedarf des Krankenhauses nicht ausgegangen sein, da dieser Paragraph lediglich regelte, daß § 5 des Arbeitszeitgesetzes

(Ruhezeit) gegenüber dem Arbeitszeitgesetz (Inkrafttreten 1. Juli 1994) erst später, nämlich zum 1. Januar 1996, in Kraft trat.

33. Wie wirkt sich die Umsetzung der geltenden Arbeitszeitenregelung auf Krankenhäuser
    a) unterschiedlicher Größenordnung und
    b) unterschiedlicher fachlicher Vielfalt

    aus?

Sofern Krankenhäuser sich an geltende tarifliche Vereinbarungen gehalten haben, sind besondere Wirkungen aufgrund der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes nicht erkennbar. Nach Auskünften aus der Praxis weiß die Bundesregierung, daß die Umsetzung insbesondere der Ruhezeitregelung in kleineren Krankenhäusern tendenziell schwieriger ist als in großen Krankenhäusern, die über entsprechende organisatorische Möglichkeiten verfügen. Unterschiedliche Wirkungen aufgrund fachlicher Vielfalt der Krankenhäuser sind nicht bekannt.

34. Durch welche konkreten Maßnahmen wird die Bundesregierung die Umsetzung des bundesdeutschen Arbeitszeitenrechts für ärztliches und pflegerisches Personal in den Krankenhäusern beobachten und ggf. fördern?

Die Ausführung des Arbeitszeitgesetzes ist nach Artikel 83 GG Angelegenheit der Länder. Den nach Landesrecht zuständigen Aufsichtsbehörden – das sind für das Arbeitszeitgesetz in der Regel die Gewerbeaufsichtsämter bzw. die staatlichen Ämter für Arbeitsschutz – obliegt die Aufsicht über die Auslegung von Rechtsvorschriften, und zwar auch von Rechtsvorschriften in Bundesgesetzen; insofern bedarf es konkreter Maßnahmen der Bundesregierung zur Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes nicht.

35. Wie beurteilt die Bundesregierung den durch die neue Arbeitszeitregelung verursachten finanziellen Mehrbedarf der Krankenhäuser, und welche Maßnahmen sind diesbezüglich seitens der Bundesregierung geplant?

Nach Auffassung der Bundesregierung dürfte die Anwendung des Arbeitszeitgesetzes zu keinen finanziellen Mehraufwendungen führen, da dieses Gesetz in seinen Anforderungen nicht über das hinausgeht, was bereits tarifvertraglich geregelt und gültig ist. Der Bundesregierung ist allerdings bekannt, daß es unterschiedliche Berechnungen über den finanziellen Mehrbedarf gibt. Häufig berücksichtigen diese Berechnungen nicht, daß den möglichen zusätzlichen finanziellen Belastungen auch finanzielle Teilentlastungen gegenüberstehen, beispielsweise durch Wegfall der Vergütungen für Bereitschaftsdienste und Überstunden. Es kommt hinzu, daß in den Berechnungen regelmäßig nicht berücksichtigt wird, daß durch intelligente Neuorganisation der Arbeitsabläufe die Belastungen aufgrund des Arbeitszeitgesetzes minimiert werden können. Häufig wird auch übersehen, daß das

Arbeitszeitgesetz zuläßt, daß Tarifbestimmungen über den Beginn des Wirksamwerdens des Arbeitszeitgesetzes hinaus auch dann gültig bleiben, wenn sie unterhalb der Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes bleiben. Darüber hinaus können die Tarifvertragsparteien sowohl zur Höchstarbeitszeit wie zu den Mindestruhepausen während der Arbeit als auch zur Mindestruhezeit nach Beendigung der täglichen Arbeitszeit Anpassungen vornehmen, die die konkreten Bedürfnisse der Beteiligten im Krankenhaus berücksichtigen.

36. Wie stellt die Bundesregierung sicher, daß die ab 1. Januar 1996 geltenden Regelungen des Arbeitszeitengesetzes nicht mit zukünftigen EU-Richtlinien kollidieren?

Die Bundesregierung wird bei den Beratungen zukünftiger EU-Richtlinien auf dem Gebiet des Arbeitszeitschutzes ihren Einfluß dahin gehend geltend machen, daß Korrekturen des Arbeitszeitgesetzes nicht erforderlich werden. Es muß allerdings darauf hingewiesen werden, daß EU-Richtlinien zur Verbesserung der Arbeitsumwelt nach Artikel 118 a des EWG-Vertrages im Verfahren nach Artikel 189 c des EWG-Vertrages mit qualifizierter Mehrheit beschlossen werden.

37. Welcher Anteil der ärztlichen Arbeitskraft – differenziert nach den jeweiligen Dienststellungen der Ärztinnen und Ärzte – wird durch die Betreuung privatversicherter Patientinnen und Patienten gebunden, und wie schätzt die Bundesregierung die zukünftige Entwicklung für die verschiedenen Krankenhausträger und Versorgungsstufen ein?

Es wird nicht statistisch erhoben, in welchem Umfang ärztliche Arbeitskraft durch die Betreuung privatversicherter Patientinnen und Patienten gebunden ist. In der Antwort zu Frage 23 wird deutlich, daß ca. 3,6 % der Krankenhausausgaben auf Patientinnen und Patienten entfallen, die privat versichert sind. Wenn man unterstellt, daß im Durchschnitt privatversicherte Patientinnen und Patienten nicht ernster erkranken als Patientinnen und Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, würde der Anteil der ärztlichen Arbeitskraft, der durch privat-versicherte Patientinnen und Patienten gebunden ist, bei rd. 3,6 % liegen. Dieser Prozentsatz ist in den abgelaufenen zehn Jahren vergleichsweise stabil gewesen.

38. Wie hoch ist der Arbeitsausfall durch Krankheit
    a) bei Krankenhausärztinnen und -ärzten und
    b) bei Pflegepersonal

    im Vergleich mit dem altersmäßig vergleichbaren Durchschnitt aller erwerbstätigen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung?

Die amtliche Statistik der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht nach Berufsgruppen gegliedert, so daß

keine Angaben zum durch Krankheit verursachten Arbeitsausfall der Krankenhausärztinnen und -ärzte bzw. des Pflegepersonals gemacht werden können.

39. Wie schätzt die Bundesregierung den Anteil chefärztlicher Arbeitszeit in privaten Ambulanzen etc. ein, und wie beurteilt sie die Auswirkungen auf den regulären Krankenhausbetrieb und auf die Weiterbildung junger Ärztinnen und Ärzte?

Es liegen der Bundesregierung keine Informationen über die zeitliche Differenzierung nach einzelnen Tätigkeitsbereichen im Gesamtspektrum der Tätigkeit eines Chefarztes vor. Aussagen über die sich ergebenden Auswirkungen auf den regulären Krankenhausbetrieb und die Aus- und Weiterbildung junger Ärztinnen und Ärzte lassen sich daher nicht treffen.

40. Wie hoch ist der Zeitaufwand für Verwaltungsaufgaben des ärztlichen Personals im Krankenhaus in Prozent der Gesamtarbeitszeit?

    Wie hat sich dieser in den letzten fünf Jahren verändert, und wie schätzt die Bundesregierung die Auswirkungen ihrer geplanten Reformen im Krankenhaussektor diesbezüglich ein?

Angaben zum Zeitaufwand für Verwaltungsaufgaben des ärztlichen Personals im Krankenhaus liegen der Bundesregierung nicht vor. Es spricht viel dafür, daß dieser Verwaltungsaufwand im ärztlichen Bereich von Krankenhaus zu Krankenhaus sehr unterschiedlich ist, da er direkt abhängt von der Organisation des jeweiligen Krankenhauses; insofern sind generelle Aussagen nicht möglich. Es wird nicht verkannt, daß gewissenhafte Dokumentation, die wiederum eine Voraussetzung für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement ist, mit administrativem Aufwand auch im ärztlichen Bereich verbunden sein muß.

41. Wie sehen die entsprechenden Einschätzungen der Bundesregierung für den Bereich der Pflege aus?

Die Antwort zu Frage 40 gilt entsprechend für den Bereich der Pflege.

F. *Teilzeitarbeit und „Arbeitszeitkonten"*

42. Welche Hindernisse bestehen nach Ansicht der Bundesregierung zur Zeit im Krankenhaussektor für die Schaffung von Teilzeitstellen im ärztlichen Bereich und im Bereich der Pflege?

Besondere krankenhausspezifische Hindernisse bei der Schaffung von Teilzeitstellen in der stationären Versorgung sieht die Bundesregierung weder im ärztlichen Bereich noch im Bereich der Pflege. Der unterschiedliche Grad an Teilzeitbeschäftigung von Krankenhaus zu Krankenhaus macht deutlich, daß die Schaffung von Teilzeitstellen primär vom Management des jeweiligen Krankenhauses abhängig ist. Bei der Einrichtung von Teilzeitstellen ist der Aspekt der Kontinuität in der Patientenbetreuung in den Be-

reichen des Krankenhauses, in denen kontinuierliche Patientenzuwendung erforderlich ist, von besonderem Gewicht.

43. Wie schätzt die Bundesregierung die Nachfrage von Teilzeitstellen in Krankenhäusern ein
    a) für weibliches Pflegepersonal,
    b) für männliches Pflegepersonal,
    c) für Ärztinnen,
    d) für Ärzte?

Aktuelle quantitative Daten über die Nachfrage von Teilzeitarbeitsplätzen in Krankenhäusern in der gewünschten Untergliederung liegen nicht vor.

Eine Untersuchung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung zusammen mit dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit zum „Teilzeitmarkt Pflegeberufe" aus den Jahren 1993/1994 hat im Rahmen der Auswertung der Mikrozensusdaten gezeigt, daß vor allem in den alten Bundesländern ein deutlicher Trend zu mehr Teilzeitbeschäftigung besteht.

44. Plant die Bundesregierung Maßnahmen, um die Schaffung von Teilzeitstellen im Krankenhausbereich zu fördern?
    Wenn ja, welche?
    Wenn nein, warum nicht?

Die Bundesregierung hat in Übereinstimmung mit den Sozialpartnern (BDA, DGB, DAG) mehrfach die Notwendigkeit einer umfassenden Aktion aller Verantwortlichen in Gesellschaft und Politik für eine Ausweitung der Teilzeitarbeit unterstrichen. In dem Zusammenhang haben die Sozialpartner im Rahmen des Bündnisses für Arbeit und Standortsicherung, auf das sich die Bundesregierung und die Spitzenrepräsentanten der Wirtschaftsverbände und der Gewerkschaften am 23. Januar 1996 verständigt haben, erneut ihren Willen bekräftigt, u. a. durch flexiblere Arbeitszeiten und die Erhöhung des Angebots an sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätzen einen Beitrag zur Beschäftigungssicherung und zum Beschäftigungsaufbau zu leisten.

Die Bestrebungen der Sozialpartner, bei denen in erster Linie die Verantwortung für die Bereitstellung von zusätzlichen Teilzeitarbeitsplätzen liegt, werden von der Bundesregierung durch eine umfassende Öffentlichkeitsarbeit, die Verbesserung des Beratungsangebotes für kleine und mittlere Unternehmen und durch praxisbegleitende Forschungsprojekte unterstützt.

Dagegen sieht die Bundesregierung keine Notwendigkeit für eine darüber hinausgehende finanzielle Förderung der Teilzeitarbeit, und zwar selbst dann, wenn sich diese auf die Schaffung von Teilzeitstellen im Krankenhaus beschränken würde. Die Gründe hierfür sind von der Bundesregierung mehrfach ausführlich dargestellt worden, u. a. in ihrer Stellungnahme zu dem Gesetzent-

wurf des Bundesrates zur Förderung der Teilzeitbeschäftigung vom 29. Juni 1995 (Drucksache 13/1888). Sie sind im wesentlichen darin zu sehen, daß auf der Arbeitnehmerseite, insbesondere bei Frauen, bereits eine sehr große Nachfrage nach Teilzeitarbeitsplätzen besteht, das Defizit auf der Angebotsseite im wesentlichen auf Vorurteile und Fehleinschätzungen der mittleren und unteren Führungsebenen in den Betrieben zurückzuführen ist und den Arbeitgebern durch die Aufteilung von Arbeitsplätzen auch ohne eine finanzielle Förderung mehr Vor- als Nachteile erwachsen.

Diese Feststellungen lassen sich auch auf den Krankenhausbereich übertragen. Einerseits könnte nach Einschätzung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit vor allem bei Frauen in der Familienphase in der stärkeren Bereitstellung von Teilzeitarbeitsplätzen ein Anreiz zum Verbleib bzw. zur Rückkehr in den Krankenpflegeberuf liegen, so daß das nicht ausgeschöpfte Nachfragepotential bei den Krankenpflegeberufen insoweit als nicht gering einzuschätzen ist. Andererseits können eine flexible Arbeitszeitgestaltung und die Reduzierung der individuellen Arbeitszeit sehr wesentlich zur Milderung der spezifischen psychischen Belastungssituationen im Berufsalltag von Alten- und Krankenpflegekräften beitragen. Die Vorteile liegen somit auf der Arbeitnehmer- wie auf der Arbeitgeberseite und darüber hinaus bei den Patienten, so daß es, abgesehen von der erforderlichen Überzeugungsarbeit, keiner finanziellen Impulse für eine Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung im Krankenhausbereich bedarf.

45. Welche positiven bzw. negativen Auswirkungen auf die Qualität von Patientenbetreuung und Weiterbildung durch vermehrte ärztliche und pflegerische Teilzeitbeschäftigung hält die Bundesregierung für möglich bzw. wahrscheinlich?

Bei durchdachter Organisation und patientengerechten Arbeitsabläufen sieht die Bundesregierung weder positive noch negative Auswirkungen auf die Qualität der Patientenbetreuung.

46. Welchen finanziellen Mehrbedarf würde eine diesem Bedarf entsprechende Neuschaffung von Teilzeitstellen für die Krankenhäuser bundesweit bringen?

Zu der Frage, welche Kosten den Krankenhausträgern durch eine Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung entstehen würden, liegen der Bundesregierung keine spezifischen Informationen vor. Hinzuweisen ist aber auf die Untersuchung von McKinsey & Company „Teilen und Gewinnen" vom April 1994, in der die Kosten-Nutzen-Effekte einer Aufteilung von Arbeitsplätzen einander gegenübergestellt werden. Die Untersuchung kommt bei den hierin einbezogenen Unternehmen zu dem Ergebnis, daß bei 60 % aller Arbeitsplätze die Einmalinvestitionen für den Übergang in Teilzeitarbeit nach höchstens zwei Jahren durch die laufenden Nettoeinsparungen der Unternehmen wieder kompensiert werden.

Einerseits verursacht die Einführung von Teilzeitarbeit zunächst höhere Kosten für den Arbeitgeber, z. B. durch die Einarbeitung und Fortbildung der Arbeitnehmer sowie Personalnebenkosten (Arbeitsmittel, kopfbezogene Leistungen usw.). Andererseits stehen den Mehrausgaben erhebliche Kostenvorteile gegenüber, wozu z. B. eine bessere Arbeitsqualität, geringere Fehlzeiten und der Abbau von Flexibilitätskosten (Vermeidung von Überstunden) gehören.

Zwar läßt sich diese auf Wirtschaftsunternehmen bezogene Kosten-Nutzen-Analyse nicht in allen Punkten auf gemeinnützige Träger übertragen. Dafür fällt aber um so mehr ins Gewicht, daß eine Arbeitszeitflexibilisierung, verbunden mit Teilzeitarbeit, sehr wesentlich zur Abmilderung der erheblichen physischen und psychischen Belastungen, denen das Personal in der Kranken- und Altenpflege unterworfen ist, beitragen kann. Gerade dieser Aspekt muß bei einem Vergleich der Vor- und Nachteile von Teilzeitarbeit auch im Interesse der Patienten besonders berücksichtigt werden.

47. Wie würden sich die Möglichkeiten zu Weiterbildung und beruflichem Aufstieg nach Ansicht der Bundesregierung für

a) die weiblichen,

b) die männlichen

Nutzer von Teilzeitstellen dabei ändern?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor. In diesem Zusammenhang ist jedoch darauf hinzuweisen, daß u. a. auch die Fragen der Weiterbildung in den Verantwortungsbereich der Sozialpartner fallen und von diesen unter Beachtung des bereits im Beschäftigungsförderungsgesetz von 1985 aufgestellten Gleichbehandlungsgrundsatzes von Voll- und Teilzeitbeschäftigten geregelt werden.

48. Wie beurteilt die Bundesregierung die Einrichtung flexibler „Arbeitszeitkonten“ für Ärztinnen und Ärzte sowie für Pflegepersonal an Krankenhäusern unter den Gesichtspunkten

a) Qualitätssicherung,

b) patientenzentrierte Betreuung,

c) Motivation und Gesundheit der Ärztinnen und Ärzte,

d) Finanzierung und

e) Umsetzung am Krankenhaus?

Bundesregierung sowie Spitzenrepräsentanten der Wirtschaftsverbände und der Gewerkschaften haben sich am 23. Januar 1996 auf ein „Bündnis für Arbeit und zur Standortsicherung“ verständigt. In Kapitel II „Orientierungen“, Abschnitt 2 „Die Arbeitswelt stärker investitions- und beschäftigungsfördernd gestalten“, 4. Absatz wird ausgeführt: „Flexiblere Arbeitszeiten ermöglichen sowohl die Senkung betrieblicher Kosten und die Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit als auch die Erhöhung der Zeitsouveränität von Arbeitnehmern. Arbeitszeitkonten können im besonderen Maße diesem Ziel dienen und neue Formen der Arbeitszeitgestaltung bis hin zur Flankierung gleitender Übergänge in den Ruhestand ermöglichen. Die Bundesregierung wird ggf. entgegenstehende rechtliche Hemmnisse prüfen und ausräumen.“

Anlage 1

Mit Erfolg abgelegte Abschlußprüfungen für Gesundheitsberufe außerhalb der Hochschulen in Deutschland

Kenn-ziffer	Beruf	Schulentlassene mit bestandener Abschlußprüfung															
		1970		1980		1985		1990		1991[1)2)]		1992[1)3)]		1993[1)4)]		1994[1)5)]	
		insges.	weibl.	insges.	weibl.	insges.	weibl.	insges.	weibl.	insges.	weibl.	insges.	weibl.	insges.	weibl.	insges.	weibl.
8530	Krankenschwester, -pfleger allgemein	8 097	7 042	16 640	14 008	20 225	17 017	18 077	15 302	17 363	14 631	16 694	13 802	16 975	13 855	15 464	12 135
8532*)	Säuglings-, Kinderkrankenschwester, -pfleger	2 330	2 330	2 944	2 933	3 062	3 021	2 258	2 225	2 217	2 177	2 156	2 112	2 415	2 356	2 249	2 176
8536	Hebamme, Entbindungspfleger	283	283	361	361	70	70	401	401	415	415	480	479	542	542	510	510
8541	Krankenpflegehelfer, -in	3 033	2 452	3 378	2 736	2 968	2 530	2 258	1 861	2 916	2 387	3 414	2 807	3 972	3 328	3 616	2 985

1) Der Nachweis über die Schulentlassenen aus öffentlichen und privaten Schulen ist unvollständig, weil für Baden-Württemberg keine Trennung der entsprechenden Daten möglich ist.
2) Ohne Brandenburg, Hessen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen.
3) Ohne Brandenburg, Hessen, Sachsen und Thüringen.
4) Ohne Hessen.
5) Ohne Hessen und Thüringen.
*) 1970–1990 nur Kinderkrankenschwester, -pfleger

Anlage 2

Bundesländer	Landesrechtlich geregelt	Nach welchen Regelungen erfolgt die Weiterbildung	Anmerkungen
Bayern Brandenburg Mecklenburg-Vorpommern Rheinland-Pfalz Sachsen Sachsen-Anhalt Schleswig-Holstein Thüringen	Nein	DKG-Muster für landesrechtliche Regelungen zur fachlichen Qualifizierung – in der Intensivpflege – in der Gemeindekrankenpflege – in der Psychiatrie – im Operationsdienst	Die Anerkennung der Weiterbildungsstätte und der erfolgreich abgeschlossenen Weiterbildung erfolgt durch die DKG.
Baden-Württemberg	Erlaß vom 4. 2. 1980 (gilt für alle nichtärztlichen Berufe des Gesundheitswesens)		Nach dem Erlaß werden nur die Weiterbildungsstätte und der Prüfungsausschuß staatlich anerkannt.
Bremen	Gesetz über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen vom 2. Juni 1991 (mit Ermächtigungsnorm zum Erlaß von Weiterbildungs- und Prüfungsordnungen; bislang für den Bereich „Intensivpflege" in Vorbereitung	DKG-Empfehlungen – zur Pflegedienstleitung – zur Lehrtätigkeit und Leitung an Schulen für Krankenpflegeberufe	Die Weiterbildungsstätte wird staatlich anerkannt. Der Senat erteilt die Erlaubnis zur Führung der Weiterbildungsbezeichnung.
Nordrhein-Westfalen	Weiterbildungsgesetz Alten- und Krankenpflege vom 24. 4. 1990 (mit Ermächtigungsnorm zum Erlaß von Weiterbildungs- und Prüfungsordnungen für – Anästhesie und Intensivpflege*) – Gemeindekrankenpflege*) – Krankenhaushygiene*) – operative Dienste*) – Psychiatrie*) – Gerontopsychiatrie – Unterrichtserteilung *) in Vorbereitung		Die Weiterbildungsstätte wird staatlich anerkannt bzw. zugelassen. Die Erlaubnis zur Führung der Weiterbildungsbezeichnung wird erteilt.
Saarland	Erlaß vom 30. 4. 1982 „Intensivpflege" Erlaß vom 1. 8. 1983 „Psychiatriekrankenpflege" Erlaß vom 12. 11. 1991 „Operationsdienst"		Die Weiterbildungsstätte wird staatlich anerkannt. Die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung z. B. Fachkrankenschwester für Psychiatrie wird erteilt.
Niedersachsen	Erlasse des Sozialministers – v. Juli 1975 „Gemeindekrankenpflege" – v. 10. 12. 1975 „Psychiatrie" – v. 17. 3. 1977 zuletzt geändert am 4. 11. 1990 „Intensivpflege" – v. 16. 4. 1981 zuletzt geändert am 4. 11. 1990 „Operationsdienst" – in Vorbereitung „Hygiene"	Die DKG-Muster wurden weitestgehend übernommen.	Es wird auch die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung z. B. Fachkrankenschwester für . . . erteilt.
	Katholische Fachhochschule Norddeutschland in Osnabrück – Weiterbildungsstudiengang „Pflegedienstleitung" – Bekanntmachung des MWK vom 28. 1. 1986 im Nds. MBl. Nr. 9/1986	Eigene Regelungen	Die Absolventen erhalten ein entsprechendes Zertifikat der Fachhochschule
	Universität Osnabrück Weiterbildungsstudium für Lehrpersonen an Schulen des Gesundheitswesens	Eigene Regelungen	Die Absolventen erhalten ein entsprechendes Zertifikat der Universität.

noch Anlage 2

Bundesländer	Landesrechtlich geregelt	Nach welchen Regelungen erfolgt die Weiterbildung	Anmerkungen
Hessen	Erlasse des Sozialministers – v. 14. 6. 1977 zuletzt geändert am 24. 10. 1978 „Gemeindekrankenpflege" – v. 15. 9. 1978 „Psychiatrie" – v. 16. 1. 1981 „Intensivpflege"	Die DKG-Muster wurden weitestgehend übernommen.	Die Anerkennung der Weiterbildungsstätten erfolgt durch die Behörde. Es wird auch die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung erteilt.
		Für den Operationsdienst gilt das DKG-Muster.	vgl. wie in Bayern
Hamburg	Fortbildung und Prüfungsordnung der Behörde für Arbeit und Soziales bzw. der Gesundheitsbehörde (bis 1989) aufgrund des Berufsbildungsgesetzes – vom 8. 8. 1991 „Psychiatrie" – vom 23. 11. 1992 „Operationsdienst" – vom 3. 4./16. 5. 1990 „Anästhesie, operative und internistische Intensivpflege" – vom 3. 9. 1985 „Leitung einer Station oder Funktionseinheit im Krankenpflegedienst" – vom 21. 6. 1990 „in klinischer Geriatrie und Rehabilitation" – vom 18. 5. 1993 „Praxisanleiter für die in der Kranken-, Kinderkranken- und Entbindungspflege"	Eigene Regelungen	Zeugnis mit Gesamtergebnis Zeugnis mit Noten der Prüfungsteile Zeugnis mit Gesamtergebnis
Berlin	Gesetz über die Weiterbildung in den Medizinalfachberufen vom 9. 2. 1979 (mit Ermächtigungsnorm zum Erlaß von Weiterbildungs- und Prüfungsordnungen; bislang für die Bereiche „Psychiatrie" – 15. 1. 1987 „Intensivmedizin und Anästhesie" – 15. 1. 1985 „Operationsdienst" – 1. 10. 1985	Eigene Regelungen, zum Teil in Anlehnung an jene der DKG. Für den Bereich Gemeindekrankenpflege gilt das DKG-Muster.	Es wird auch die staatliche Anerkennung zur Führung der Weiterbildungsbezeichnung erteilt, z. B. „Staatlich anerkannter Krankenpfleger für den Operationsdienst".

Die Weiterbildung befindet sich z. Z. in den Ländern im Umbruch mit dem Ziel, die Qualität und den Status durch Einführung der Hochschul- bzw. der Fachhochschulebene anzuheben. Begonnen werden soll mit der Qualifizierung des fachlichen Lehrpersonals (Unterrichtsschwester/-pfleger) sowie der Pflegedienstleitung. Am weitesten sind bisher die Bemühungen in Baden-Württemberg gediehen, wo der Ministerrat eine entsprechende gesetzliche Regelung einzubringen beschlossen hat. In Hamburg werden Mitte 1992 neue Regelungen erwartet.

Quelle: Kurtenbach, Golombek, Siebers, Kommentar zum Krankenpflegegesetz 4. Auflage S. 243 1994 Kohlhammer-Verlag, Köln, Stuttgart, Berlin.

Anlage 3

Studiengänge in der Krankenpflege

A. „Pflegemanagement/Pflegedienstleitung

- Katholische Fachhochschule Freiburg
- Berlin – Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik
- Humboldt-Universität Berlin
- Hochschule Bremen (Fachhochschule)
- Universität Hamburg, Arbeitsstelle für wissenschaftliche Weiterbildung
- Hochschule für Wirtschaft und Politik Hamburg
- Fachhochschule Neubrandenburg
- Fachhochschule Osnabrück
- Katholische Fachhochschule Norddeutschland
- Fachhochschule Münster
- Katholische Fachhochschule Mainz
- Evangelische Fachhochschule Ludwigshafen

B. Pflegewissenschaft, Generalistisches Studium „Pflege"

- Universität München
- Evangelische Fachhochschule Darmstadt
- Fachhochschule Frankfurt a. M.
- Fachhochschule Nordostniedersachsen in Verb. mit Universität Lüneburg
- Medizinische Hochschule Hannover
- Evangelische Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum
- Fachhochschule Osnabrück
- Fachhochschule Magdeburg

C. „Lehramt Pflege"/Pflegepädagogik

- Katholische Fachhochschule Freiburg
- Fachhochschule München
- Humboldt-Universität Berlin
- Universität Bremen
- Universität Hamburg
- Katholische Fachhochschule Norddeutschland
- Universität Osnabrück
- Katholische Fachhochschule Mainz
- Evangelische Fachhochschule Ludwigshafen
- Marthin-Luther-Universität Halle/Wittenberg

D. Betriebswirtschaft für Einrichtungen des Gesundheitswesens und des Krankenversicherungswesens

- Universität Augsburg

noch Anlage 3

- Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel
- Hochschule für Technik und Wirtschaft Zwickau

E. Ingenieurwesen für Herausgehobene
Med. Tech. Assistentenfunktionen

- Fachhochschule München
- Universität Erlangen–Nürnberg
- Fachhochschule Hamburg
- Fachhochschule Gießen-Friedberg
- Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel
- Fachhochschule Aachen (Abteil. Jülich)
- Hochschule für Technik und Wirtschaft (FH) Mittweida
- Hochschule für Technik und Wirtschaft, Zwickau
- Fachhochschule Lübeck

Quelle: Kurtenbach, Golombek, Siebers, Kommentar zum Krankenpflegegesetz 4. Auflage S. 243
1994 Kohlhammer-Verlag, Köln, Stuttgart, Berlin.

Druck: Thenée Druck, 53113 Bonn, Telefon 91781-0
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333